111.
25.

# QUELQUES PROPOSITIONS

SUR

# L'APOPLEXIE.

## THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE AOUT 1837;

PAR


DOMINGO DENIZ,

De la Grande Canarie (ILES CANARIES);


Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.




Montpellier.

Imprimerie de BOEHM et Cᵒ, et Lithographie, boulevard Jeu-de-Paume.
1837.

# QUELQUES PROPOSITIONS

SUR

# L'APOPLEXIE.

## I.

Les signes des maladies sont de deux ordres. Les uns se tirent de l'état des fonctions de l'économie, des symptômes fonctionnels ; on les nomme *signes rationnels*. Les autres s'obtiennent au moyen des impressions produites sur nos sens par les propriétés physiques des organes ; ils ont reçu le nom de *signes sensibles*, et les symptômes qui les font naître, peuvent être nommés *symptômes organiques*. La supériorité de cette dernière classe de signes sur les premiers est incontestable ; il ne faut, pour s'en convaincre, que comparer le degré de certitude que nous pouvons acquérir à l'égard des maladies qui présentent des signes sensibles pendant la vie, avec le vague où nous laissent le plus souvent celles qui ne nous sont révélées que par les symptômes fonctionnels. Les maladies de l'encéphale sont dans ce cas : aussi leur étude est-elle hérissée de difficultés, malgré les nombreux travaux dont elles ont été l'objet de la part des médecins modernes.

## II.

Les anciens ont donné le nom d'apoplexie ( de αποπληττειν, frapper avec violence ), à une maladie caractérisée par la privation plus ou moins complète, mais rapide, du sentiment, de l'intelligence et des mouvemens volontaires, avec persistance de la respiration et de l'action du cœur. Quelques

médecins ont fait ce mot synonyme d'hémorrhagie cérébrale. Cette définition serait bonne, si, dans tous les cas d'apoplexie, il y avait épanchement sanguin dans le cerveau, ou si l'on avait trouvé un moyen sûr de distinguer sur le vivant les symptômes produits par l'hémorrhagie cérébrale d'avec ceux de toutes les autres affections de l'encéphale; et, dans ce cas, il faudrait encore donner un nom aux maladies qu'on avait jusque-là appelées apoplexies, et qui ne sont pas le résultat de l'hémorrhagie. Mais, l'expérience prouve que la première supposition ne peut pas être faite, et la seconde n'a pas encore été réalisée (1). On doit donc regarder la définition des anatomo-pathologistes, comme n'exprimant qu'une partie de la chose définie ou comme étant prématurée, et conserver celle des anciens.

## III.

On peut établir trois époques principales dans l'histoire de l'apoplexie ; et l'examen de ces trois époques fournirait une nouvelle preuve, s'il en était besoin encore, de l'influence qu'ont exercée sur les progrés de la médecine, les méthodes suivies par ceux qui l'ont étudiée. Dans la première époque, fidèle à sa manière de procéder, le père de la médecine se livra à l'observation de l'apoplexie, sous le rapport de la symptomatologie et de la thérapeutique, et s'abstint d'émettre des vues théoriques sur cette affection : ce qu'il en a dit restera toujours dans la science. Dans la seconde époque, qui date de Galien et comprend un grand nombre de siècles, l'esprit systématique ayant envahi la médecine, l'observation directe fut négligée, et les médecins dépensèrent l'activité de leur intelligence à créer des théories plus ou moins ingénieuses, qui n'ont servi qu'à faire confondre l'apoplexie avec d'autres maladies soporeuses, et à constater les égaremens dont l'esprit humain est susceptible, lorsqu'il se livre à ses propres forces et rejette le secours de l'observation. Enfin, la troisième époque qui commence à Wepfer

---

(1) Voici comment s'exprime à ce sujet le professeur Andral, dans son cours de Pathologie. « Voyez combien c'est avec juste raison que nous avons rejeté le terme d'apoplexie, comme synonyme d'hémorrhagie cérébrale. Ici, tout le cortége d'une apoplexie se manifeste avec une altération toute différente. »

et à Morgagni, est marquée par le retour à la méthode d'Hippocrate. On s'est mis de nouveau à observer la maladie sous toutes ses faces : sous le rapport de ses causes, de ses symptômes, des lésions anatomiques qui l'accompagnent, et des résultats thérapeutiques, et ce n'est qu'alors que la science de l'apoplexie a fait des progrès.

## IV.

La cessation des fonctions cérébrales est le plus souvent occasionée par la compression de l'encéphale; mais quelquefois aussi, l'influx nerveux se trouve arrêté, sans que nous en puissions déterminer la cause matérielle. La compression peut être due à l'accumulation du sang dans les vaisseaux de l'encéphale, à l'hémorrhagie, à l'épanchement de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde et des ventricules cérébraux, à un véritable œdème du cerveau. Pour qu'il y ait apoplexie, il faut que ces changemens dans l'état de la circulation cérébrale surviennent d'une manière rapide. — De là trois espèces d'apoplexies : l'apoplexie que l'on peut appeler hypérémique, et que l'on nomme aussi *coup de sang;* l'apoplexie hémorrhagique, la seule admise par certains auteurs, et l'apoplexie séreuse. Celle qui ne laisse après elle aucune altération organique appréciable, porte le nom d'apoplexie *nerveuse.* Ce n'est pas à dire que, dans la réalité, il n'existe point de lésion des organes dans cette espèce d'apoplexie; mais, nous connaissons si imparfaitement l'anatomie normale du système nerveux, que beaucoup de ces altérations pathologiques doivent nous échapper.

## V.

Ces divisions, si elles n'étaient fondées que sur la différence des lésions qu'on trouve après la mort, ne seraient pas d'une grande utilité au médecin praticien; mais à ces différences s'en rattachent d'autres dans l'essence même de la maladie, et par conséquent dans le traitement, et c'est en cela que cette distinction des espèces d'apoplexie est importante.

## VI.

Ces diverses espèces d'apoplexie sont très-difficiles à distinguer les unes

des autres ; souvent même la distinction est impossible dans l'état actuel de la science. Mais ces difficultés diminueront chaque jour, il faut l'espérer, à mesure que les diverses branches de la science du diagnostic feront des progrès; à mesure surtout qu'on recherchera avec plus de soin les rapports qui existent entre les dérangemens fonctionnels et les lésions organiques. Le livre du professeur Lallemand, sur les maladies de l'encéphale, est un exemple remarquable des heureux résultats, auxquels peut conduire cette étude comparative.

VII.

Il suffirait au naturaliste qui n'étudierait les maladies que pour les distinguer les unes des autres et les classer, de connaître les symptômes et les altérations organiques qui les caractérisent; mais cette connaissance ne peut suffire au médecin dont les études doivent être dirigées vers la pratique. Plusieurs circonstances indépendantes de l'espèce d'affection morbide, entrent comme élémens indispensables dans la détermination du traitement.

VIII.

De tous ces élémens, il n'y en a point d'aussi importans à connaître que le tempérament et l'idiosyncrasie des malades. Le tempérament d'un individu et son idiosyncrasie, c'est sa nature, sa manière d'être à lui: et pourquoi cette manière d'être ne serait-elle pas toute spéciale à l'état pathologique, comme elle l'est à l'état physiologique? Je suis porté à croire, dit M. Lallemand (*Leçons orales*), que la supériorité de certains médecins, comme praticiens, sur d'autres plus instruits peut-être, tient surtout à leur aptitude plus grande à juger du tempérament de leurs malades et de l'influence qu'il doit exercer sur leurs maladies. Ainsi se trouverait expliqué l'instinct médical.

IX.

Ceci nous conduit à ce principe, récemment répété dans le sein de l'Académie de médecine, par un professeur de cette École, c'est que le praticien n'a jamais affaire à une espèce de maladie, mais à un individu malade,

ressemblant sous certains points à d'autres individus malades comme lui, mais en différant aussi sous beaucoup de rapports. Il ne suffit donc pas que le médecin ait étudié la maladie dont son malade est affecté, il faut encore qu'il l'étudie lui directement.

X.

Les causes prédisposantes de l'apoplexie, comme celles de toutes les maladies, sont ou intrinsèques ou extrinsèques, c'est-à-dire, dépendantes de l'état de l'économie ou de l'action des agens extérieurs. Parmi les premières, l'âge avancé prédispose à toutes les espèces d'apoplexie; il en est de même des affections morales vives et profondes, et des travaux intellectuels longtemps prolongés. Le tempérament sanguin, une forte constitution, un régime très-nourrissant, une vie molle et oisive, la faiblesse originelle ou acquise des vaisseaux de l'encéphale, l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, sont des causes prédisposantes de l'apoplexie sanguine. — Le tempérament lymphatique, une constitution détériorée par des maladies antérieures, une nourriture peu substantielle, enfin cet état de l'économie qu'on a désigné sous le nom de cachexie séreuse, établissent une prédisposition à l'apoplexie *séreuse*.

Une grande excitabilité du système nerveux, l'abus des plaisirs de l'amour, les pertes séminales involontaires, les fatigues excessives, soit corporelles, soit intellectuelles, les longs chagrins, et toutes les causes qui augmentent la susceptibilité du système nerveux en l'affaiblissant, peuvent prédisposer à l'apoplexie *nerveuse*.

XI.

Les causes prédisposantes extérieures sont beaucoup moins efficaces que les précédentes : aussi trouve-t-on dans les auteurs des opinions opposées sur l'action de quelques-unes d'entre elles. Les uns, par exemple, ont attribué à l'hiver une influence plus grande pour la production des apoplexies, qu'aux autres saisons; les autres regardent le printemps comme plus propre au développement de cette maladie. Les pays de montagnes où l'air est ordinairement sec, et les plaines marécageuses où il est toujours humide,

ont été successivement accusés de prédisposer à l'apoplexie. La disposition individuelle est donc ici le fait prédominant.

XII.

Les causes prédisposantes, par leur action continue et prolongée, peuvent amener l'apoplexie sans le secours de causes occasionelles ; mais, le plus souvent, l'apparition de la maladie est déterminée par une excitation inaccoutumée de l'organe encéphalique, qui provoque l'accomplissement d'un acte pour lequel l'économie avait de la tendance. Je ne parle pas ici des apoplexies par lésion traumatique de la tête ; dans ce cas, la cause provocatrice est tellement puissante, qu'elle peut se passer de prédisposition.

XIII.

L'apoplexie débute quelquefois d'une manière brusque, sans être annoncée par aucun symptôme précurseur ; souvent, au contraire, son invasion est précédée de certains phénomènes, qui, joints aux circonstances appartenant au tempérament du sujet et à son idiosyncrasie, aux causes de maladie auxquelles il a été exposé, etc., peuvent la faire prévoir. Si, par exemple, chez un individu pléthorique, à tête volumineuse, à cou court, sujet aux fluxions sanguines, on remarque une coloration de la face plus vive qu'à l'ordinaire, des maux de tête violens, des tintemens d'oreille, des vertiges, de la paresse dans les mouvemens et les idées, de la somnolence, des battemens des carotides et des temporales, on doit redouter une congestion ou une hémorrhagie cérébrale. Cette crainte sera encore mieux fondée, si ce même individu est d'un âge avancé ; s'il se livre habituellement à des travaux intellectuels ; s'il est sous l'influence de quelque affection triste, etc.

XIV.

Les prodromes des autres espèces d'apoplexie, lorsqu'il en existe, ne sont jamais aussi significatifs que ceux que je viens de décrire pour l'apoplexie sanguine. Dans les cas dont je parle maintenant, l'affection marche le plus souvent d'une manière lente et comme insidieuse. L'observateur attentif voit bien quelquefois qu'un mouvement se prépare dans l'économie ;

mais il ne peut saisir, d'une manière positive, dans quelle direction il se fera. C'est donc surtout, dans ces cas, qu'il importe de comparer ce qui existe actuellement avec tout ce qui a précédé, comme les habitudes du malade, les maladies auxquelles il a été sujet, etc., pour parvenir à la connaissance des accidens qui le menacent.

## XV.

J'ai déjà dit que le diagnostic différentiel des diverses espèces d'apoplexie était souvent d'une difficulté extrême, quelquefois même impossible. On peut cependant établir quelques règles générales, qui serviront à les faire distinguer dans quelques cas. La perte subite de connaissance, la coloration violette ou livide de la face, la paralysie des deux côtés du corps, se dissipant, en peu de temps, par un traitement approprié, ou par une hémorrhagie nasale survenue spontanément, sont des caractères qui traduisent le plus souvent l'apoplexie sanguine non hémorrhagique ou le coup de sang. La compression du cerveau par l'accumulation du sang dans les vaisseaux, peut être portée au point de produire la paralysie des muscles respiratoires, et alors la mort survient par une asphyxie consécutive, et la congestion ne peut plus être distinguée de l'hémorrhagie, car cette distinction est surtout fondée sur la cessation prompte de la paralysie. Quelquefois le coup de sang se termine par une hémorrhagie cérébrale ; et lorsque celle-ci n'est pas mortelle, on voit souvent l'hémiplégie succéder à la paralysie double.

## XVI.

Lorsque, avec les symptômes d'une fluxion sanguine vers la tête, se présente une hémiplégie qui persiste après la cessation des autres accidens, le cas appartient à l'apoplexie hémorrhagique. Le plus souvent les deux membres du même côté, les muscles de la face et ceux de la langue se trouvent à la fois frappés de paralysie; mais, il peut arriver que le membre thoracique ou le membre abdominal ait seul perdu le mouvement, et que les traits de la face n'éprouvent pas de déviation. L'hémiplégie correspond presque toujours au côté opposé à l'hémisphère cérébral qui est le siège de l'hémorrhagie ; il existe cependant dans la science, d'après M. Andral,

seize observations authentiques d'hémiplégie existant du même côté que la lésion cérébrale. L'apoplexie hémorrhagique ne se présente pas toujours avec des caractères aussi tranchés. Elle produit quelquefois la paralysie double et ne peut être distinguée du simple coup de sang : c'est lorsque l'épanchement sanguin s'est fait dans une partie centrale du cerveau, comme le mésocéphale ; lorsque chaque hémisphère est le siége d'une extravasation sanguine, ou lorsque celle-ci n'existant que dans un seul hémisphère, elle est assez considérable pour comprimer celui du côté opposé. Il arrive parfois que l'hémorrhagie cérébrale s'accompagne de pâleur de la face, de ralentissement et de mollesse du pouls, et d'autres symptômes qui semblent éloigner l'idée d'une fluxion sanguine. Ces cas sont les plus difficiles à diagnostiquer.

## XVII.

L'apoplexie séreuse, comme tous les épanchemens de cette espèce, peut être active ou passive. La première est le résultat d'une fluxion sanguine, et offre, par conséquent, les mêmes symptômes que l'apoplexie de ce nom ; mais l'erreur est sans danger, car l'indication est la même dans les deux cas. Quant à l'apoplexie séreuse, passive ou sthénique, ses caractères se tirent plutôt de l'idiosyncrasie du malade et de l'état général de l'économie avant l'invasion, que des symptômes propres à la maladie : néanmoins, la face est généralement pâle; le pouls petit, mou, intermittent; les pupilles immobiles et dilatées; la bouche béante et baveuse; la chaleur de la peau diminuée; la respiration stertoreuse.

## XVIII.

L'apoplexie nerveuse est la moins fréquente des trois espèces principales; elle ne présente point de symptômes caractéristiques. Elle peut être plus facilement confondue avec l'apoplexie séreuse, qu'avec la sanguine. En effet, comme la première, elle survient ordinairement chez les sujets affaiblis et d'une constitution grêle : la face est pâle ; le pouls petit, irrégulier ; la chaleur du corps reste dans l'état naturel ou s'abaisse. Cependant on croit avoir remarqué que, dans cette espèce d'apoplexie, le pouls est toujours dur, que le coma est moins durable, la paralysie moins complète et se

dissipant plus vite, lorsque toutefois elle n'est pas foudroyante, ce qui arrive souvent.

XIX.

Cet état particulier de l'encéphale qui constitue l'apoplexie nerveuse, se trouve plus ou moins dans les autres espèces d'apoplexie ; du moins l'on ne peut se bien rendre compte de divers cas de cette affection, qu'en admettant une modification particulière de l'économie et principalement du système nerveux, qui agit de concert avec les autres causes d'apoplexie pour produire la maladie. En effet, si l'on examine ce qui se passe dans la fluxion sanguine vers la tête, on trouvera que les désordres fonctionnels que l'on observe, ne sont pas proportionnés à la quantité de liquide qui comprime le cerveau. Dans quelques cas, une congestion cérébrale un peu intense pour la quantité de sang qui remplit les vaisseaux du cerveau, tue instantanément le malade, tandis que, dans d'autres circonstances, un afflux beaucoup plus considérable de ce liquide, produit à peine quelques symptômes peu alarmans. Cette disproportion entre la lésion matérielle et les symptômes se trouve souvent aussi dans l'hémorrhagie, et j'en dirai de même de l'épanchement de sérosité. On ne rencontre bien souvent après une apoplexie foudroyante, qu'un foyer hémorrhagique extrêmement circonscrit, et l'on est étonné de trouver, au contraire, chez des individus qui avaient échappé aux premiers accidens, des caillots sanguins très-considérables, indiquant que l'épanchement avait dû être très-étendu.

XX.

Quelques maladies peuvent être prises pour l'apoplexie. Lorsque les ouvertures des cadavres étaient moins fréquentes, on attribuait presque toutes les morts subites à l'apoplexie foudroyante ; on sait aujourd'hui que, dans bien des cas, elles sont le résultat de la rupture d'un anévrisme du cœur ou d'un gros tronc artériel. L'œdème de la glotte débute quelquefois si subitement et sa marche est si rapide, qu'il peut produire la mort en quelques instans, et simuler, jusqu'à un certain point, l'apoplexie. On trouve une observation de ce genre, dans les OEuvres de Boërhaave. Je tiens d'un de mes amis l'histoire d'un cas semblable, où la mort avait été encore plus

rapide, et qui fut pris pour une apoplexie foudroyante (1). Cette erreur est facile pour toutes les espèces d'asphyxie sans violence extérieure, lorsqu'on n'a pas assisté au début de la maladie.

## XXI.

Lors même que l'apoplexie n'est pas promptement mortelle, elle peut encore être confondue avec d'autres affections, dont les principales sont : la céphalite aiguë, l'épilepsie, l'hydrocéphalie aiguë, la syncope.

La céphalite peut être plus ou moins rapide dans sa marche; mais, elle n'offre jamais cette presque instantanéité dans le développement des symptômes qui caractérise l'apoplexie. Des douleurs cérébrales intenses, des mouvemens convulsifs ou la roideur des membres précèdent presque tou-

---

(1) Voici l'observation. — Une dame, d'un tempérament sanguin et d'une constitution apoplectique, âgée d'environ 60 ans, était sujette, depuis long-temps, à de fréquentes fluxions aux joues, aux gencives, avec gonflement considérable de ces parties. Un jour qu'elle se trouvait seule à table avec la domestique qui la servait, tout-à-coup elle cria d'une voix rauque qu'elle étouffait; sa figure devint très-rouge et comme enflée. La servante crut qu'elle avait avalé quelque chose de travers, et se mit à la frapper sur le dos; mais elle la vit bientôt tomber à la renverse et perdre connaissance. On accourut aux cris de la domestique; on envoya chercher un médecin. Lorsque celui-ci arriva, la malade présentait tous les signes d'une forte congestion cérébrale : perte complète de sentiment et de mouvement; face vultueuse et violette; les mouvemens respiratoires n'étaient plus sensibles; les battemens du cœur se faisaient sentir encore. On ouvrit le veine au bras; il coula à peine quelques gouttes de sang, et, quelques minutes plus tard, la malade n'existait plus. Le médecin conclut de ce qu'il avait vu, à une apoplexie foudroyante; mais, à l'autopsie cadavérique, n'ayant trouvé dans l'encéphale qu'une légère injection des vaisseaux sanguins qui ne pouvait pas expliquer la rapidité des accidens et la mort, il crut qu'il y avait eu asphyxie par l'introduction dans le larynx de quelque fragment d'aliment, et, pour s'en assurer, il examina cet organe; mais, au lieu de rencontrer ce qu'il cherchait, il trouva l'ouverture de la glotte entièrement fermée par le gonflement œdémateux du tissu cellulaire sous-muqueux des environs de cette ouverture : l'œdème s'étendait dans l'intérieur de la cavité du larynx; le liquide infiltré était de la sérosité rougeâtre.

jours le coma et la paralysie avec résolution. Les phénomènes spasmodiques peuvent manquer; mais, la marche lente de la paralysie, les douleurs dont les membres paralysés sont le siége, la céphalalgie qui précède et accompagne ces symptômes, suffiront au praticien exercé pour établir le diagnostic de la céphalite. (Lallemand.)

XXII.

L'hydrocéphalie aiguë et l'apoplexie séreuse active dont nous avons parlé, diffèrent bien peu l'une de l'autre; leur plus grande différence consiste dans la rapidité et la gravité plus grande de l'apoplexie, de telle sorte que, suivant que les symptômes surviendront d'une manière plus ou moins brusque, ils prendront le nom d'apoplexie ou d'hydrocéphalie. C'est là un inconvénient des dénominations des maladies tirées de la simple appréciation des symptômes ou des altérations organiques qui les accompagnent. Il serait certainement bien plus avantageux que le nom d'une maladie exprimât sa nature; mais, nous sommes bien peu avancés dans la connaissance des natures des maladies. Disons, cependant, que l'hydrocéphalie aiguë est une affection presque particulière à l'enfance; qu'elle est, en général, précédée ou accompagnée d'arachnoïdite, et présente, par conséquent, les symptômes de cette inflammation, en même temps que ceux de l'épanchement séreux.

XXIII.

Un accès d'épilepsie se distinguera toujours d'une attaque d'apoplexie, par les convulsions souvent effrayantes qui accompagnent toujours la première de ces maladies; par la complète insensibilité de tout le corps; la déviation en haut ou par côté des globes oculaires; la flexion spasmodique des doigts, et l'application du pouce contre la paume de la main. Lorsque le malade revient à lui; il ne lui reste qu'un état de fatigue et d'hébêtement qui ne tarde pas à se dissiper. L'apoplexie, au contraire, laisse toujours après elle des traces souvent ineffaçables ou qui ne disparaissent qu'avec lenteur.

XXIV.

Lorsqu'on examine un individu tombé en syncope, on ne trouve ni battemens du cœur, ni mouvemens respiratoires; la face est d'une pâleur

remarquable; la peau est couverte d'une sueur froide. Quand on assiste, dès le commencement, à l'abolition successive des mouvemens vitaux, on voit d'abord survenir un malaise général, de la pesanteur et de la faiblesse dans tout le corps; la face devient pâle, et bientôt toute la surface de la peau; le malade éprouve des vertiges, des bâillemens; le pouls devient lent, petit, concentré, et disparaît bientôt; la respiration cesse avec les mouvemens volontaires et le sentiment : il y a mort apparente. Cet état dure peu de temps, et se termine par le rétablissement des fonctions dans le même ordre dans lequel elles avaient cessé. Dans tout ceci, rien de commun avec l'apoplexie que la perte de connaissance.

XXV.

*Solvere apoplexiam vehementem impossibile; debilem verò non facile*, a dit Hippocrate. Il y aurait de l'exagération aujourd'hui à répéter, avec le Père de la médecine, ce pronostic de l'apoplexie. Quelque grave, en effet, que soit cette maladie, les cas où les malades en échappent sont bien plus fréquens que ne semble l'indiquer l'aphorisme précédent. Il paraît même, d'après les relevés faits par M. Rochoux, que les deux tiers des apoplectiques reviennent de l'attaque et recouvrent la santé plus ou moins complètement.

Mais le pronostic de l'apoplexie est aggravé par la plus grande prédisposition qu'elle établit chez les sujets qu'elle a atteints, à en avoir d'autres attaques. Cette prédisposition apoplectique est surtout marquée pour l'hémorrhagie cérébrale, et peut s'expliquer par l'irritation permanente qu'occasionne dans l'encéphale la présence du caillot sanguin, qui est rarement résorbé en entier.

XXVI.

L'apoplexie hypérémique est souvent foudroyante; mais lorsqu'elle n'a pas ce degré d'intensité, les accidens se dissipent plus promptement que dans les autres espèces d'apoplexie, et le malade revient plus facilement à son état de santé ordinaire. La paralysie ne persiste jamais quand la congestion a été dissipée. Lorsque la congestion a produit une infiltration sanguine dans la substance cérébrale, il n'est pas rare de voir les symptômes

s'amender sous l'influence d'un traitement approprié ; mais le plus souvent, après une amélioration passagère, il se déclare une encéphalite qui devient mortelle, et l'on trouve le cerveau ramolli ou en suppuration.

## XXVII.

On doit tout craindre pour un malade atteint d'hémorrhagie cérébrale, lorsque la perte de sentiment a été complète, et qu'elle se prolonge malgré les saignées et les autres moyens employés pour la dissiper. La mort est presque inévitable, lorsque la respiration devient stertoreuse; qu'il survient des déjections involontaires de l'urine et des matières fécales; que les traits de la face s'alongent et le yeux se ternissent; que le pouls s'affaiblit et devient irrégulier.

Lorsque la perte de connaissance n'a pas été complète, ou que, l'étant, elle se dissipe promptement, le cas est moins grave; mais il ne faut pas encore se presser de porter un jugement favorable, car souvent l'hémorrhagie se répète ; parfois aussi il se déclare une phlegmasie cérébrale. Quand ces accidens ne surviennent pas, les symptômes s'appaisent et disparaissent peu à peu; les facultés intellectuelles se rétablissent ; la paralysie diminue, mais il est rare que les fonctions reviennent à leur état d'intégrité parfaite ; le plus souvent il reste quelques traces de la maladie, comme de la gêne dans les mouvemens du côté paralysé, dans ceux de la langue; de la difficulté pour l'accomplissement de certains actes de l'intelligence, etc.

## XXVIII.

Le pronostic des apoplexies séreuse et nerveuse est d'autant plus fâcheux, qu'il est souvent difficile de reconnaître leur nature, et qu'attaquant en général des sujets affaiblis, ou dont le système encéphalique a été de longue main modifié dans ce sens, l'économie n'offre plus que peu de ressources, et l'art est impuissant pour établir une réaction favorable dans un corps sans énergie vitale. Les deux espèces peuvent être foudroyantes; la nerveuse plus souvent que la séreuse. La première guérit rarement, sans laisser quelques traces de son passage: d'ordinaire les malades conservent une hémiplégie ou une grande torpeur dans les muscles des membres; quel-

quefois c'est un tremblement continuel de tout le corps, et surtout de la tête et des extrémités ; la perte de la mémoire et souvent la démence peuvent en être la suite ; presque toujours il reste dans l'encéphale une excitabilité qui peut devenir le point de départ d'une foule d'accidens très-graves.

## XXIX.

Lorsqu'on examine le cadavre d'un individu qui a succombé à une apoplexie sanguine non hémorrhagique, outre l'injection de la face, du cuir chevelu et souvent du cou et des épaules, on trouve un état semblable des vaisseaux des méninges et de la substance cérébrale : les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang ; le réseau vasculaire de la pie-mère est très-développé ; le cerveau coupé en tranches offre une couleur rougeâtre ; de petites gouttelettes de sang s'écoulent de la surface de la section faite à la substance blanche, ce qui lui donne un aspect sablé ; la coloration est uniforme dans la substance grise. Quand la maladie a duré un certain temps, la couleur prend une teinte jaune ou ardoisée. (Andral.)

## XXX.

Le siége de l'hémorrhagie, dans la seconde espèce d'apoplexie sanguine, peut se trouver dans plusieurs points du centre nerveux. On l'observe plus fréquemment dans les hémisphères cérébraux, et dans la substance blanche plus souvent que dans la grise. Viennent ensuite, pour la fréquence, la protubérance annulaire, le cervelet et la moelle alongée ; le reste du prolongement rachidien n'en est pas exempt. L'épanchement sanguin se remarque rarement à l'extérieur du cerveau, dans les membranes qui l'entourent. L'aspect du sang épanché est différent, suivant l'ancienneté de la maladie. Il est d'abord liquide et noir ; plus tard, il perd de sa couleur et prend plus de consistance ; il se solidifie de plus en plus, et blanchit ; quelque temps après la formation du caillot, il se produit tout autour un kyste membraneux qui exhale de la sérosité et favorise la résorption. Dans les cas les plus heureux, tout le sang est résorbé et l'on ne rencontre plus que le kyste, qui, plus tard, disparaît lui-même, et alors une cicatrice linéaire est la seule trace qui reste de l'hémorrhagie.

## XXXI.

Après l'apoplexie séreuse, on peut trouver le liquide épanché à la surface du cerveau, entre les deux lames de l'arachnoïde, dans les ventricules, ou infiltré dans la substance même du cerveau, formant un véritable œdème de cet organe. Le cas le plus fréquent est celui où la sérosité s'est accumulée dans les ventricules latéraux. Lorsqu'il y a infiltration séreuse, en coupant le cerveau par tranches, on voit suinter un liquide aqueux, que l'on peut faire couler en plus grande quantité en comprimant la pulpe cérébrale. ( Andral. ) Lorsque l'apoplexie séreuse est active ou sthénique, on trouve aussi une injection plus ou moins considérable des méninges et des plexus choroïdes.

## XXXII.

Il est toujours plus facile de prévenir une attaque d'apoplexie, que de la combattre lorsqu'elle a éclaté. Il faut donc, toutes les fois qu'elle s'annonce par des prodromes, agir promptement et avec énergie pour conjurer le danger, en employant tous les moyens propres à détourner le mouvement fluxionnaire qui menace le cerveau dans la plupart des cas, ou à diminuer l'excitabilité anormale de cet organe. Dans le choix de ces moyens, il faudra toujours se guider d'après le tempérament et l'idiosyncrasie du sujet, la connaissance des causes auxquelles il a été soumis, et des affections qui lui sont habituelles. Les saignées, et principalement les saignées révulsives, lorsqu'on a à craindre une congestion sanguine; les attractifs de toute espèce, joints aux toniques, quand prédomine la diathèse séreuse; les antispasmodiques, joints aussi aux attractifs, quand on a lieu de redouter une apoplexie nerveuse ; voilà quelles sont les règles générales qu'il faut suivre dans le traitement préservatif de l'apoplexie.

## XXXIII.

Lorsque l'attaque s'est déclarée, le médecin doit chercher, par l'appréciation de symptômes et les considérations que j'ai indiquées dans la proposition précédente, à déterminer quelle est la nature de l'apoplexie qu'il a à combattre.

Reconnaît-il une apoplexie sanguine ( et , comme je l'ai déjà dit, c'est celle qui se présente le plus communément ) , on doit , à l'instant, pratiquer une saignée générale. Mais , quel vaisseau convient-il d'ouvrir ? Les auteurs ont diversement résolu cette question de pratique. Les uns veulent qu'on saigne à la jugulaire, d'autres aux veines de l'occiput; certains préfèrent la saignée du bras ou du pied; il y en a qui vantent la section de l'artère temporale. Les conseils donnés par Barthez, dans son Mémoire sur le traitement méthodique des fluxions, doivent servir de règle dans le choix dont il s'agit. Ainsi, lorsqu'on est appelé au moment où le mouvement fluxionnaire se continue encore avec énergie, il faut avoir recours aux émissions sanguines pratiquées loin de la tête, qui est le terme de la fluxion : c'est alors que l'ouverture de la saphène et des veines de la main est utile; un peu plus tard on s'adressera, pour avoir du sang, aux veines du bras ; et enfin , lorsque la fluxion est parvenue à un état fixe, ou qu'elle s'est beaucoup ralentie, on doit recourir aux saignées dérivatives, pratiquées le plus près possible du cerveau et sur les vaisseaux qui communiquent d'une manière plus directe avec cet organe ; on emploiera dans ce cas, avec succès , la section de la temporale ou de la pituitaire, comme le conseille M. Cruveilher , l'ouverture de la jugulaire, etc. Mais, un autre précepte qui n'est pas moins important dans le cas présent, c'est que, toutes les fois qu'il y aura urgence de tirer une grande quantité de sang à la fois, il faudra ouvrir un vaisseau qui en donne abondamment, comme les veines du bras.

## XXXIV.

La pâleur de la face , la petitesse du pouls, surtout lorsqu'elle s'accompagne d'un certain degré de dureté , ne sont point des contre-indications de la saignée générale, quand elles se trouvent chez un sujet robuste , et qui présente d'autres symptômes de fluxion sanguine vers la tête. On voit alors, après la sortie du sang , le pouls se relever, la face se colorer , la respiration devenir plus facile. — L'état de plénitude de l'estomac n'est pas non plus une contre-indication à la saignée , comme me semblent l'avoir prouvé les observations de Portal et de plusieurs autres médecins. La saignée provoque en général le vomissement, lorsqu'elle est pratiquée après le repas ; elle offre, par conséquent , l'avantage de débarrasser à la fois

l'estomac et le cerveau. D'ailleurs, la sensibilité de l'estomac se trouve bien diminuée par l'effet de la compression cérébrale. L'émétique que l'on conseille d'administrer avant la saignée, ne produit pas très-souvent son effet ordinaire, et alors on perd un temps précieux pour l'emploi de moyens plus efficaces ; ou, s'il le produit, les secousses du vomissement et l'arrêt momentané de la circulation qui s'opère pendant cet acte, sont très-propres à augmenter la congestion du cerveau.

## XXXV.

La saignée générale doit être répétée une ou plusieurs fois dans beaucoup de circonstances. Il faut, pour la répétition de la saignée, comme aussi, pour la quantité de sang à tirer chaque fois, se guider sur l'intensité de la maladie, sur l'âge et la force du sujet, et sur l'effet produit par une première évacuation sanguine. Il ne faut pas trop insister sur ce moyen, lorsque les premiers accidens ont disparu ; car, une trop grande faiblesse pourrait rendre impossible la résolution ou la résorption du caillot, lorsqu'il y a eu hémorrhagie. — Les saignées locales sont employées aussi avec avantage, mais plutôt comme révulsives ou dérivatives, que comme déplétives. Le lieu où elles doivent être pratiquées, dépend de l'époque à laquelle on y a recours, et de certaines circonstances particulières au malade : ainsi, on appliquera des sangsues aux malléoles, au commencement de l'attaque ; vers la fin, au contraire, ce sera au cou, aux apophyses mastoïdes ou aux tempes. Chez un sujet hémorrhoïdaire, on les placera au pourtour de l'anus, etc. — Un des moyens les plus efficaces pour seconder l'effet des émissions sanguines, est sans contredit l'application de la glace sur la tête ; mais il ne faut pas que cette application soit continue ; il ne faut pas non plus attendre, pour la réitérer, que la réaction se soit opérée.

## XXXVI.

On ne peut guère établir de règle générale sur l'emploi de révulsifs excitans, tels que les sinapismes aux extrémités, les vésicatoires, etc., si ce n'est qu'il faut se garder, d'après le précepte de Barthez, d'avoir recours à ces moyens, lorsqu'il existe un orgasme général qui serait augmenté par

l'irritation locale et se répéterait sympathiquement sur l'encéphale. Il convient donc de n'en faire usage, que lorsqu'on a fait cesser cet état de surexcitation au moyen des évacuations sanguines. Pour tout le reste, il existe dans chaque cas particulier des indications auxquelles il faut se conformer, et qui feront préférer tel ou tel moyen à tel autre. J'en dirai de même de l'administration des purgatifs, dont on peut obtenir les plus heureux résultats quand ils sont employés à propos, mais qui peuvent devenir très-nuisibles dans le cas contraire.

XXXVII.

Les préceptes que je viens d'énumérer pour le traitement de l'apoplexie sanguine, doivent être appliqués à celui de l'apoplexie séreuse sthénique, en observant cependant d'insister moins sur les émissions sanguines et d'avoir plutôt recours aux révulsifs. Lorsque, au contraire, on a à combattre une apoplexie séreuse asthénique, dont le caractère principal est un état d'atonie de tout le système, la saignée doit être entièrement rejetée; il faut, dès le début, avoir recours aux excitans externes et internes, afin de ranimer, pour ainsi dire, les forces vitales languissantes, et d'établir une révulsion favorable à la résorption de la sérosité épanchée. C'est dans ce cas qu'il ne faut pas craindre de produire une excitation trop forte : les emplâtres fortement sinapisés aux extrémités inférieures, sur le trajet de la colonne vertébrale; les frictions faites sur tout le corps avec des substances aromatiques; les vésicatoires au dos et à la nuque, peuvent être employés sans crainte. On retire beaucoup d'avantages de l'administration des lavemens avec des drastiques, non comme purgatifs, mais comme attractifs. Les toniques donnés à l'intérieur seront aussi utiles, lorsque le premier danger sera passé.

XXXVIII.

L'apoplexie purement nerveuse est rare et assez mal connue. Le spasme cérébral qui la constitue, produit souvent la mort subite. Lorsqu'il n'atteint pas ce degré d'intensité, on la combat au moyen des révulsifs tempérans, tels que les pédiluves simples, les cataplasmes émolliens aux extrémités, et des antispasmodiques directs, comme l'infusion de feuilles d'oranger, la liqueur d'Hoffmann, la teinture de castoréum, le musc, le camphre, etc.

## XXXIX.

Le traitement consécutif de l'apoplexie consiste surtout à faire éviter au malade toutes les causes qui pourraient reproduire l'attaque, et à le soumettre à un régime qui soit en harmonie avec l'état de ses forces et la disposition particulière qu'il présente, soit aux congestions sanguines ou séreuses, soit aux maladies spasmodiques. Lorsqu'il reste une hémiplégie ou toute autre espèce de paralysie, il faut la combattre différemment, suivant qu'elle est la suite d'une hémorrhagie cérébrale, d'un épanchement de sérosité, ou d'une apoplexie *nerveuse*. La plupart des moyens excitans qui ont été conseillés contre ces espèces de paralysies, ne conviennent guère dans le premier cas. On retire alors de meilleurs résultats des purgatifs souvent répétés, des évacuations sanguines modérées, au moyen des sangsues; et des attractifs extérieurs, tels que les cautéres et surtout les sétons à la nuque. Dans les autres cas, les toniques à l'intérieur et les excitans externes appliqués sur la partie paralysée, ont souvent produit des effets avantageux. Je citerai, dans ce genre, les frictions avec un liniment volatil, les douches et les bains d'eaux thermales, salines ou sulfureuses, comme celles de Balaruc et de Barèges, le galvanisme.

**FIN.**

# FACULTÉ DE MÉDECINE
## DE MONTPELLIER.

### Professeurs.

| | |
|---|---|
| MM. CAIZERGUES, DOYEN. | *Clinique médicale.* |
| BROUSSONNET, *Examinateur.* | *Clinique médicale.* |
| LORDAT. | *Physiologie.* |
| DELILE. | *Botanique.* |
| LALLEMAND. | *Clinique chirurgicale.* |
| DUPORTAL. | *Chimie médicale.* |
| DUBRUEIL. | *Anatomie.* |
| DUGÈS. | *Pathologie chirurgicale, Opérations, Appareils.* |
| DELMAS. | *Accouchemens, Maladies des femmes et des enfans.* |
| GOLFIN. | *Thérapeutique et Matière médicale.* |
| RIBES. | *Hygiène.* |
| RECH, *Examinateur.* | *Pathologie médicale.* |
| SERRE, PRÉSIDENT. | *Clinique chirurgicale.* |
| BÉRARD, *Suppléant.* | *Chimie générale et Toxicologie.* |
| RENÉ, *Examinateur.* | *Médecine légale.* |
| RISUENO D'AMADOR. | *Pathologie et Thérapeutique générales.* |

*Professeur honoraire :* M. AUG.-PYR. DE CANDOLLE.

### Agrégés en exercice.

MM. VIGUIER, *Suppléant.*
KÜNHOHLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET FILS.
TOUCHY.
DELMAS FILS.
VAILHÉ, *Examinateur.*
BOURQUENOD.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ, *Examinateur.*
BERTRAND
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.